

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО "ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ"

ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Материалы 68-ой научной сессии сотрудников университета

31 января – 1 февраля 2013 года

ВИТЕБСК - 2013

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431-52.82я431
Д 70

Редактор:

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

Заместитель редактора:

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

Редакционный совет:

Профессор В.Я. Бекиш, д.ф.н. Г.Н. Бузук, профессор В.С. Глушанко, профессор С.Н. Занько, профессор В.И. Козловский, профессор Н.Ю. Коневалова, д.п.н. З.С. Кунцевич, профессор Н.Г. Луд, д.м.н. Л.М. Немцов, доцент Э.А. Аскерко, профессор В.И. Новикова, профессор В.П. Подпалов, профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов, профессор А.Н. Щупакова, доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова, доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик, доцент В.В. Столбицкий, доцент И.А. Флоряну

Д 70 Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации.

Материалы 68-й научной сессии сотрудников университета. – Витебск:
ВГМУ, 2013. – 663 с.

ISBN 978-985-466-633-4

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431

© УО «Витебский государственный
медицинский университет», 2013

ISBN 978-985-466-633-4

	I	II	III	IV
2009	5(28%)	9(50%)	3(17%)	1(5%)
2010	7(23%)	17(53%)	5(17%)	3(5%)

Столь высокий процент больных, у которых смерть наступила от сопутствующих заболеваний, а не от прогрессирования основного заболевания, свидетельствует о наличии тяжёлой соматической патологии и, возможно, более объективным было бы оформление в медицинской документации не отказа от лечения, а противопоказаний к проведению специального лечения.

Выводы.

Наблюдается тенденция к уменьшению числа

отказов от лечения у больных раком желудка.

Среди отказавшихся от лечения рака желудка преобладают пациенты возрастом более 70 лет.

Клинически установленная стадия онкологического процесса не являлась противопоказанием к радикальному лечению у большинства пациентов, страдающих раком желудка.

Литература:

1. Эпидемиология злокачественных новообразований в Беларуси И.В.Залуцкий [и др.]. – Минск: Зорны верасень, 2006. – 206 с.

АНАЛИЗ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОГО АППАРАТА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА АУТОПСИЙНОМ МАТЕРИАЛЕ

Крылов Ю.В.¹, Малашенко С.В.¹, Кузнецова О.А.¹, Лесничая О.В.², Крылов А.Ю.³

УЗ «Витебское областное клиническое патологоанатомическое бюро»¹,

УО «Витебский государственный медицинский университет»²

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»³

Актуальность.

В ряде исследований последних лет отмечают, что при хроническом панкреатите (ХП) и раке поджелудочной железы (РПЖ) наблюдается увеличение количества и размеров нервных стволов в участках фиброза поджелудочной железы (ПЖ) и в парапанкреатической клетчатке [1-4]. Предполагается, что это является следствием ферментативного повреждения миелиновых оболочек нервных стволов во время обострения ХП с последующей аутоиммунной реакцией, о чем свидетельствует периневральная лимфоидная инфильтрация с наличием в ней Т- и В-лимфоцитов [5].

Вместе с тем анализ состояния нервной ткани ПЖ при другой патологии не проводился.

Цель.

Сравнительное изучение нервного аппарата поджелудочной железы на аутопсийном мате-

риале при сахарном диабете (СД), хроническом алкоголизме (ХА) и цереброваскулярных заболеваниях (ЦВЗ)- инфаркт головного мозга и внутримозговое кровоизлияние.

Материал и методы.

Изучена поджелудочная железа из 30 протоколов вскрытий (10 случаев сахарного диабета, 10 случаев хронического алкоголизма и 10 случаев цереброваскулярных заболеваний). При этом проводилась оценка количества нервных стволов в одном стандартном микропрепарате 1х1 см. Случаи с наличием посмертного аутолиза исключались.

Результаты и обсуждение.

При просмотре микропрепаратов аутопсийного материала ПЖ при изучаемой патологии нами было установлено наличие гипертрофии и гиперплазии нервных стволов в довольно значительном количестве наблюдений (таблица 1).

таблица 1

Поражение нервного аппарата поджелудочной железы при хроническом алкоголизме, сахарном диабете и цереброваскулярных заболеваниях на аутопсийном материале.

№ п/п	хронический алкоголизм				Сахарный диабет				цереброваскулярные заболевания			
	Возраст	пол	количество нервных стволов		Возраст	пол	количество нервных стволов		Возраст	пол	количество нервных стволов	
			общее	из них с инфильтрацией			общее	из них с инфильтрацией			общее	из них с инфильтрацией
1	48	жен.	9	0	65	муж.	7	1	49	жен.	4	0
2	57	муж.	9	1	58	муж.	6	1	64	жен.	5	0
3	57	муж.	4	0	63	муж.	5	2	84	жен.	3	0
4	44	муж.	8	1	38	муж.	13	3	80	жен.	3	0
5	46	муж.	4	0	73	жен.	7	1	76	жен.	4	0
6	52	муж.	8	0	71	жен.	8	2	53	жен.	7	0
7	38	муж.	7	3	75	жен.	5	1	75	жен.	2	0
8	62	муж.	4	0	68	жен.	8	2	74	жен.	7	0
9	62	муж.	7	1	68	муж.	7	0	72	жен.	2	0
10	48	муж.	5	0	58	жен.	3	1	53	жен.	5	1
Ср.	51,4±8,0	ж/м 1/9	6,5 ± 2,1	0,6±1,0	63,7±10,7	ж/м 5/5	6,9±2,6	1,4±0,8	68±12,4	ж/м 10/0	4,2± 1,8	0,1±0,3

В группе пациентов с хроническим алкоголизмом (средний возраст составил 51,4±8,0 года, соотношение женщин и мужчин составило 1/9) наличие нервных стволов было зарегистрировано во всех наблюдениях, количество их в препаратах колебалось от 4 до 9 (в среднем 6,5±2,1), при этом периневральные инфильтраты, найденные в 4 наблюдениях, были скудными- от 2 до 6 клеток.

В группе пациентов с сахарным диабетом (средний возраст составил 63,7±10,7 года, соотношение женщин и мужчин составило 5/5) наличие нервных стволов было зарегистрировано во всех наблюдениях, количество их в препаратах колебалось от 3 до 13 (в среднем 6,9±2,6), при этом периневральные инфильтраты, найденные в 9 наблюдениях, были скудными- от 1 до 4 клеток.

В группе пациентов с цереброваскулярными заболеваниями (средний возраст составил 68±12,4 лет, соотношение женщин и мужчин составило 10/0) наличие нервных стволов было зарегистрировано так же во всех наблюдениях. Количество их в препаратах колебалось от 2 до 7

(в среднем 4,2±1,8), при этом периневральные инфильтраты, найденные в 1 наблюдении, были скудными- 2 клетки.

В тоже время в исследовании Ю.В. Крылова с соавторами (2012) гиперплазия и гипертрофия нервных стволов в ткани поджелудочной железы и в парапанкреатической клетчатке была выявлена в 26 из 28 случаев ХП и в 9 из 12 случаев РПЖ. В 21 случае ХП гиперплазия нервных стволов сопровождалась периневральной лимфоидной инфильтрацией более чем половины нервных стволов. При РПЖ периневральная лимфоидная инфильтрация наблюдалась во всех 9 случаях с гиперплазией нервных стволов. Как при ХП, так и при РПЖ, она была достаточно массивной, более 100 лимфоцитов [5].

Выводы.

Проведенное исследование показало, что гиперплазия и гипертрофия нервного аппарата поджелудочной железы в возрасте от 38 до 84 лет встречается на аутопсийном материале умерших от ХА, СД и ЦВЗ довольно часто. При этом следует отметить, что периневральная воспалительная инфильтрация встречалась нечасто и была

довольно скудной, по сравнению с таковой при ХП и РПЖ, развившегося на фоне ХП.

Литература:

1. Взаимосвязь поражения нервной ткани и фиброзных изменений в головке поджелудочной железы с болевым синдромом и качеством жизни пациентов при хроническом панкреатите / Кугаев М.И. [и др.] // Новости хирургии. – 2011. – Т.19, № 5. – С.39.
2. Поражение нервных стволов при хроническом панкреатите / Паклина О.В. [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2011. – №3. – С.95.
3. Никитин П.Н., Сетдинова Г.Р., Паклина О.В.. Изменения нервных стволов при хроническом панкреатите // VIII Всероссийская конфе-

ренция по патологии клетки. Сб. науч. тр. – Москва. – 2010. – С.169-170.

4. Keith R.G. Neuropathology of chronic pancreatitis in humans / R.G. Keith, S.H. Keshavjee, N.R. Kerenyi // Can J. Surg. - 1985/ - Vol.28. – P.207-211.

5. Крылов Ю.В., Малашенко С.В., Яцукович Е.А., Крылов А.Ю., Щастный А.Т. Иммуногистохимический анализ периневральной лимфоидной инфильтрации при хроническом панкреатите и аденокарциноме поджелудочной железы // Актуальные вопросы онкологии. Материалы республиканской научно-практической конференции – Витебск. – 2012 – С.48-51.

СЛУЧАЙ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ И ГИПЕРТРОФИЕЙ НЕРВНЫХ СТЕЛОВ

Крылов Ю.В., Малашенко С.В., Кузнецова О.А.

УЗ «Витебское областное клиническое патологоанатомическое бюро»

Актуальность.

В последние годы внимание исследователей привлекает наличие гиперплазии и гипертрофии нервных стволов в участках фиброза при хроническом панкреатите и раке поджелудочной железы [1-2]. Отдельные авторы приходят к выводу, что следствием первичного ферментативного повреждения миелиновых оболочек нервов ткани поджелудочной железы при обострении хронического панкреатита является репаративная гиперплазия и гипертрофия нервной ткани, сопровождающаяся развитием аутоиммунной реакции, что, по-видимому, и обуславливает наличие болевого синдрома у пациентов в период между обострениями хронического панкреатита. Количественное соотношение Т-клеточной и В-клеточной периневральной инфильтрации при хроническом панкреатите, по-видимому обусловлено различиями в давности патологического процесса [3].

Цель.

Проведение иммуногистохимического анализа случая хронического холецистита с наличием гиперплазии и гипертрофии нервных ство-

лов, с определением количественного и качественного состава периневральной лимфоцитарной инфильтрации.

Материал и методы.

При просмотре текущего биопсийного материала (желчный пузырь после холецистэктомии, 50 случаев) в 1 наблюдении выявлена гипертрофия и гиперплазия нервных стволов. Лимфоцитарные инфильтраты вокруг нервных стволов были изучены непрямым пероксидазным методом с использованием системы визуализации EnVision™+ и следующих антител фирмы DAKO: CD-45, CD-20, CD-5, CD-3, CD-79.

Результаты и обсуждение.

Мужчина 1951 г.р., оперирован по поводу хронического холецистита. В анамнезе два месяца назад кратковременный (2 дня) приступ болей в правом подреберье. На УЗИ желчный пузырь 101x29 мм, стенка его толщиной 2 мм. В желчном пузыре множество конкрементов от 3 до 8 мм. Протоки не расширены. Хоledох и поджелудочная железа без видимых изменений.

При ФГДС обнаружены недостаточность кардии 2ст., смешанный поверхностный очаговый антральный гастрит. Лабораторные анализы